

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 576

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

PAR

Abbas-Gholi HEKMAT

Né le 10 Août 1911, à Chiraz (Iran)

LA SONORITÉ ANGULAIRE
PRÉ-HÉPATIQUE

SIGNE DE PÉRIVISCÉRITE DU CARREFOUR SUPÉRIEUR

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

PAR

Abbas-Gholi HEKMAT

Né le 10 Août 1911, à Chiraz (Iran)

LA SONORITÉ ANGULAIRE
PRÉ-HÉPATIQUE

SIGNE DE PÉRIVISCÉRITE DU CARREFOUR SUPÉRIEUR

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimental.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

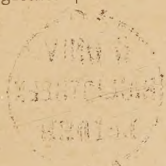
pour le service des examens

MM

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.



IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

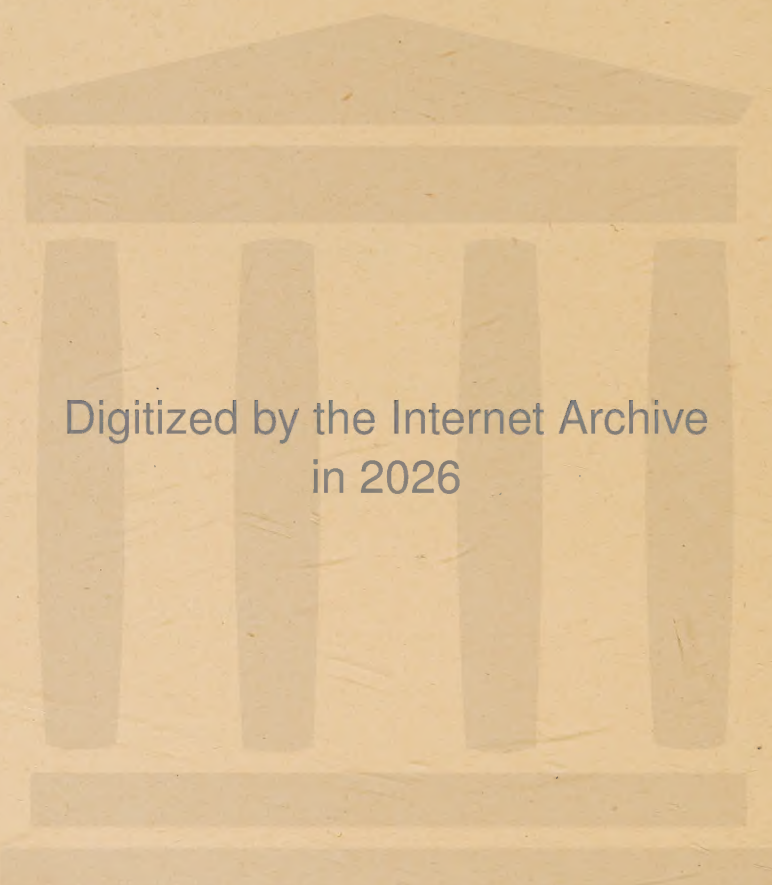
MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Sardâr-Fakher



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551829_0010

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR TRÉMOLIÈRES

Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a toujours accueilli
avec la plus grande bienveil-
lance dans son service et à qui
nous devons le meilleur de
notre formation médicale.*

*Qui a bien voulu nous ins-
pirer ce travail.*

*En gage de notre bien vive
gratitude et de notre sincère
dévouement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-ERIK THIÉRY

Chef de Clinique à la Faculté
Assistant de gastro-entérologie à l'Hôpital Boucicaut

*Témoignage de notre grati-
tude pour son accueil toujours
si cordial.*

A MON JUSTE ET FIDÈLE AMI

LE DOCTEUR CH. MOHSEN MAZAHER

Gage de mon amitié sincère.

A MONSIEUR HENRI RENARD

*Qui a dirigé mes études et
m'a toujours donné de bons
conseils.*

INTRODUCTION

Dans la pratique journalière, chez n'importe quel malade, l'examen physique du foie s'impose. Par la palpation, on s'efforce d'apprécier la situation, la forme et la consistance de son bord antérieur, et par la percussion, l'étendue de sa matité.

Lorsque par la palpation et la percussion douce la limite inférieure du foie est précisée, par une percussion forte, en remontant la cage thoracique sur la ligne mamelonnaire, on fixe sa limite supérieure. Si, en effet, par une recherche trop hâtive, le clinicien distingue seulement la sonorité cœlique de la matité hépatique, et ne cherche pas la limite supérieure du foie, il risquerait de confondre une ptose du foie avec une hypertrophie de celui-ci.

Mais il n'est pas dans ses habitudes cliniques d'explorer la matité hépatique, en percutant, parallèlement aux côtes, de la base de l'appendice xyphoïde vers l'aisselle. S'il le faisait, il constaterait assez souvent l'interruption de la zone de matité par un segment de sonorité. Ce n'est pas l'étroite bande de sonorité parallèle au bord antérieur de l'organe et étendue tout le long du bord costal que l'on trouve au cours

de la péritonite par perforation ou du simple météorisme intestinal.

C'est une sonorité de forme anguleuse à sommet supérieur s'étendant d'ordinaire sur une hauteur de 5 à 10 centimètres. Il est très rare qu'elle affecte une autre forme. Le plus souvent, c'est sur la ligne mamelonnaire que siège cette zone sonore, parfois dans la région axillaire ou dans leur intervalle.

L'examen minutieux de cette zone sonore par la percussion et la phonendoscopie montre qu'elle est de même timbre que la sonorité cœlique qu'elle prolonge en avant du foie.

Vient-on à en rechercher l'origine par l'examen radiologique sans préparation, l'on aperçoit au-dessous de la coupole diaphragmatique, tantôt au milieu de l'ombre hépatique, tantôt en dehors d'elle, une plage claire, d'étendue variable, uniforme ou sillonnée par les plis cœliques, qui peut atteindre les dimensions de la main.

Un bol opaque ingéré la veille de l'examen, un lavement baryté administré sous l'écran, montrent que c'est le gros intestin qui constitue cette zone sonore. Il est littéralement coincé entre le foie et le diaphragme doublant la paroi costale, comme permet de s'en rendre compte l'examen pratiqué sous diverses incidences : frontale, oblique, sagittale.

Il s'agit d'une interposition hépato-diaphragmatique du côlon

Ainsi, cette sonorité angulaire pré-hépatique, révélée par la percussion, et répondant radiologiquement à

cette zone claire, correspond à une interposition hépato-diaphragmatique du côlon.

Il n'est guère de praticien qui, en percutant le foie, ne constate cette sonorité angulaire pré-hépatique ; mais la percevant au hasard d'un examen, il l'attribue à un météorisme passager de l'intestin, la considère comme un phénomène rare et banal et continue l'examen sans s'y attarder.

Or, c'est un fait assez fréquent et qui, comme nous le verrons plus loin, possède une réelle valeur séméiologique.

Des cliniciens et radiologistes ont rapporté des observations isolées de cette ectopie côlique. Ils considéraient ce phénomène comme une rareté et une simple curiosité clinique.

*
* * *

BÉCLÈRE, en 1899, publie l'observation d'un malade, pris par d'autres médecins comme un tuberculeux, et qu'il considère comme un *abcès sous-phrénique*.

L'examen radiologique lui montre que la moitié droite de l'image thoracique présentait un aspect très analogue à celui de la moitié gauche. Au-dessous de la zone de clarté pulmonaire droite, existe une ombre en forme de bandelette courbe à concavité inférieure qui s'abaisse pendant l'inspiration et s'élève pendant l'expiration et se continue sur la ligne médiane avec sa congénère de l'autre côté.

Au-dessous de cette bandelette mobile avec les mouvements respiratoires du thorax, *existe une zone très claire*, transversalement étendue de l'ombre de la paroi latérale du tronc à l'ombre de la colonne vertébrale, comme du côté gauche ; la seule différence est qu'au-dessous de cette zone claire, sous-jacente à la moitié droite du diaphragme, on retrouve l'opacité du foie, sa forme et ses dimensions caractéristiques. Il semble que le malade a deux estomacs, l'un dans l'hypocondre gauche, l'autre dans l'hypocondre droit ; ce dernier séparant le foie du diaphragme. En réalité, dit-il, le foie du malade est, à ne pas douter, séparé du diaphragme par une collection gazeuse interposée ; il n'est pas possible d'interpréter autrement l'image radioscopique.

La percussion de l'hypocondre droit pratiquée aussitôt après l'examen radioscopique fait constater que *la matité hépatique a complètement disparu* : elle est remplacée par une sonorité tympanique, distincte de la sonorité pulmonaire. BÉCLÈRE dit qu'il existe à la percussion « *une éclipse totale du foie* ». Le lendemain, la matité hépatique a reparu et un nouvel examen radioscopique ne montre plus l'image d'une collection gazeuse, mais seulement l'aspect normal, c'est-à-dire l'ombre du diaphragme et l'ombre du foie confondues en une seule au-dessous de la zone claire du poumon.

Depuis ce moment, la percussion de la loge hépatique, quotidiennement pratiquée, donne des résultats très variables, d'une matinée à l'autre. *Tantôt le*

foie se révèle à la percussion et tantôt il existe une éclipse totale ou partielle de cet organe. Les résultats de la percussion et ceux de la radioscopie concordent toujours parfaitement.

De plus, dit-il, la quantité de l'expectoration du malade diminue notablement quand il y a éclipse du foie.

Pour s'assurer que cette collection gazeuse sous-phrénique n'était pas en communication avec l'estomac, il insuffle cet organe ; loin de faire disparaître la matité hépatique, quand elle existe, l'insufflation n'a d'autre résultat que d'élever quelque peu la limite supérieure de cette matité, par suite du refoulement du foie en haut par l'estomac distendu.

Il s'assure aussi que l'insufflation du gros intestin aboutit au même résultat, et il fait cette recherche pour être certain que la collection gazeuse n'est pas due à un déplacement anormal du côlon transverse. BÉCLÈRE conclut qu'il s'agit d'un *abcès sous-phrénique en communication avec les bronches.*

Le malade vient de mourir presque subitement. L'autopsie, loin de confirmer le diagnostic fait pendant la vie, a montré qu'une ectopie du côlon transverse, venant à certains moments s'interposer entre le foie et le diaphragme, était la cause de la singulière image observée à l'examen radioscopique.

CHILAÏDITI de Vienne, en 1910, observe trois malades. Sa première malade est une femme âgée de 35 ans, atteinte de lymphosarcome du cou. *Elle ne*

présente aucun trouble gastro-intestinal. L'attention ayant été mise en éveil par les résultats anormaux de la percussion et de la palpation de l'abdomen, on pratique un examen à l'écran : sous la partie latérale de la portion droite du diaphragme, on voit une zone claire de la grandeur de la main, présentant à peu près le même degré de clarté que les champs pulmonaires.

Cette zone claire est due à la présence du gros intestin, rempli d'air, et qui s'est interposé entre le foie et le diaphragme.

Deux jours après, la zone claire avait disparu, l'image radiologique était devenue normale. Les signes cliniques ne présentaient rien de particulier à ce sujet.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, l'interposition se reproduisait à différentes reprises, spontanément, mais à un degré variable, la plupart du temps moins accentuée et avec des formes différentes.

Il n'y a jamais eu de douleurs ou de troubles pouvant être attribués au changement de position.

Il s'agit, dans la 2^e observation de CHILAÏDITI, d'un homme de 31 ans qui consulte pour des *troubles gastriques* : splachnoptose presque généralisée, surtout *ptose et atonie* de l'estomac et, en particulier, *sténose du pylore* consécutive à un *ulcère*.

L'examen clinique du foie ne présente rien de particulier, sauf une mobilité légèrement accentuée.

L'examen radioscopique montre une image claire, absolument comparable au cas précédent, et qui est due à *la présence du gros intestin*. Le lendemain, le foie

reprend sa place et ni l'examen clinique, ni l'examen radioscopique ne permettent de trouver trace du déplacement. Le gros intestin, rempli dans toute son étendue par le bismuth donné la veille, occupe aujourd'hui sa place habituelle.

Quelques jours après, ce déplacement partiel du foie est de nouveau visible. Quelques heures après, l'image devient de nouveau anormale. Ce *déplacement spontané* se répète plusieurs fois de suite.

CHILAÏDITI n'est parvenu qu'une seule fois à remettre artificiellement le foie en position normale, en exerçant pendant quelques minutes des pressions en sens divers sur le foie, le malade étant couché.

Dans sa troisième observation, CHILAÏDITI étudie un malade de 37 ans atteint depuis 20 ans de troubles gastriques. L'examen du malade permet de poser le diagnostic de *ptose abdominale généralisée*, surtout marquée au niveau de l'estomac, avec atonie de cet organe, accentuée par la présence d'une *sténose pylorique* consécutive à un *ulcère ancien*. Rien à signaler cliniquement quant à l'examen du foie, mais la radio montrait la même zone claire caractéristique. Deux jours après le premier examen, le foie reprend sa position normale ; et ce changement spontané de position ne s'accompagne d'aucune douleur particulière.

Voici donc trois cas rapportés par CHILAÏDITI qui montrent un *abaissement partiel du foie avec interposition hépato-diaphragmatique du côlon*. Ce qui est à noter particulièrement, c'est que cet abaissement du foie n'est que temporaire, c'est-à-dire que le foie

reprend *spontanément* sa place sans que le malade en ait conscience, puis après un temps plus ou moins long, plusieurs semaines parfois, permet de nouveau l'interposition de l'intestin.

AUBOURG, dans le service de LETULLE, en radioscopiant un malade, en 1912, écrit que son attention est attirée par un aspect anormalement clair de la partie supérieure et externe de l'ombre hépatique. Cette clarté, nettement située au-dessous du diaphragme, dont les mouvements d'ascension sont normaux, rappelle la clarté pulmonaire. La surface est d'une grande paume de main. Cette clarté est limitée en haut par le diaphragme, en dehors par la paroi abdominale antérieure, en bas et en dedans par l'ombre hépatique. Il pense qu'il s'agit d'une anse intestinale insinuée entre le foie et le diaphragme.

La figure radiologique a été toujours la même et *n'a été modifiée ni par la palpation directe, ni par les mouvements de rétraction de la paroi abdominale, ni par la manœuvre de CHILAUDITI, ni surtout par la position couchée, d'abord dorsale, puis ventrale.*

En plus, il existait un état aérique de toute la masse intestinale, un degré très marqué d'aérocôlie.

L'autopsie du malade montre que le foie est mal formé. Le lobe droit présente à sa face supérieure une longue plicature. La partie postérieure du lobe droit, au lieu de présenter une face convexe, se déprime et forme une fossette concave sur laquelle le rein ne s'applique pas directement. Cette surface circonscrit la partie antérieure d'une loge limitée en arrière par le

péritoine pariétal et la face antérieure du rein droit qui est nettement séparé du foie. La face inférieure du foie semble avoir perdu un fragment. Le lobe de Spiegel est mal formé. Quant à l'interposition, elle n'existait plus à l'autopsie.

BARJON et DUPASQUIER, en 1913, donnent l'observation d'un malade qui avait des coliques hépatiques auparavant, et présente actuellement *une sténose du pylore et des ulcères* gastriques. La percussion de la région hépatique montrant une sonorité, ils font un examen radioscopique qui montre le foie séparé du diaphragme par des anses intestinales claires. Il est refoulé vers la colonne vertébrale et paraît entouré de tous côtés des anses intestinales. A l'intervention, on découvre : deux ulcères, dont l'un au niveau du pylore occasionnait la sténose, et une lésion rare dénommée kyste gazeux de l'intestin.

PERUSSIA (1916) dit avoir rencontré l'interposition hépato-diaphragmatique dans un certain nombre d'affections gastro-intestinales, dans les allongements, les torsions, les sténoses de l'intestin, ainsi que dans les dilatations stomacales par sténose du pylore.

Laurent MOREAU (1918) rapporte deux cas. Dans le premier, il s'agit d'un sujet fortement cachectique, avec digestions douloureuses. Pas de vomissements. Voussure et empâtement de la région de l'hypocondre et du flanc gauche. La palpation à ce niveau réveille

une très vive sensibilité. *La percussion de la région hépatique n'est pas faite.*

A l'examen radioscopique, avant l'ingestion de bismuth, on est frappé par *la présence d'une plage claire sous-diaphragmatique droite*. L'ombre du foie est repoussée en bas et à gauche. La plage lumineuse montre des plis et des valvules qui rappellent ceux du côlon.

L'estomac étant complètement rempli de bismuth présente trois zones : la supérieure présentant la grosse tubérosité, une zone moyenne claire à limite floue, une zone inférieure formée par la limite inférieure du corps de l'estomac et par l'antrum pylorique qui dépasse à peine l'ombilic.

La zone moyenne, claire, correspond à l'empatement signalé. La pression en ce point est très douloureuse. La manœuvre de CHILAÏDITI fait remonter quelque peu le pôle inférieur ; mais *la partie moyenne est fixée fortement à la paroi et au foie dont l'opacité se confond avec cette région.*

Dans le 2^e cas, il s'agit d'un malade qui a un kyste gazeux de l'intestin, une sténose pylorique avec énorme dilatation de l'estomac et une hépatoptose par interposition des anses grêles.

WEIL (1920) étudie un malade pour lequel le diagnostic posé fut d'abord celui de péritonite tuberculeuse ascitique, puis celui d'occlusion intestinale à forme pseudo-ascitique. L'examen radiologique montra, en position debout, une zone claire sous-diaphrag-

matique, qui disparaissait dans la position horizontale.

Le diagnostic définitif était celui d'un kyste gazeux de l'intestin.

SLOAN (Américain, 1920) donne une observation ainsi résumée :

Homme de 32 ans, passé gastrique depuis 15 ans ; à la radioscopie, obstruction pylorique. *Entre le foie et le diaphragme zone claire ayant l'aspect tacheté caractéristique de l'intestin grêle.* Ombre du foie abaissée à 8 centimètres au-dessous du diaphragme. Le malade meurt après l'intervention. L'autopsie montre la présence de kystes gazeux extrêmement nombreux.

HUGUET (en 1923) donne deux observations :

La première concerne un malade atteint d'une tumeur du médiastin. L'examen radiologique montrait que, tandis que couché le foie occupe entièrement la loge formée par la voûte diaphragmatique, debout s'interpose entre le foie et le diaphragme, à la partie externe, une portion du côlon de sorte que le diaphragme ébauche deux voûtes : dans l'externe fait saillie le côlon, dans l'interne le lobe droit du foie.

La deuxième observation relatait l'histoire d'un malade qui, à l'examen clinique, avait des douleurs à type de torsion (vers 3 heures du matin) et des vomissements acides. À l'examen radiologique, après un lavement opaque, on remarquait qu'un *dolichocôlon*

sigmoïde remontait jusqu'au diaphragme gauche pour descendre jusqu'à la fosse iliaque accolée contre le côlon descendant.

Après que le côlon transverse, l'angle cœlique droit et le côlon ascendant sont remplis, on remarque que *l'angle hépatique est interposé entre le foie et le diaphragme*. Un examen ultérieur sans lavement et sans insufflation cœlique confirme cette interposition grâce aux gaz naturellement inclus.

BONNAMOUR et ses collaborateurs (1924) communiquent l'observation d'un malade âgé de 37 ans et qui, depuis 1916, souffre de vomissements hyperacides et d'aigreurs d'estomac. Ces troubles existent depuis 6 ans. Depuis 2 ans, son état s'aggrave, il souffre de brûlures, vomissements très abondants (2 litres environ), avec des éructations fréquentes. *Constipation marquée, amaigrissement notable.*

A l'examen, on note le clapotage gastrique à jeun et surtout *la matité hépatique est réduite à trois travers de doigt.*

La radioscopie montre un estomac extrêmement allongé, son fond étant au pubis avec hyperpéristaltisme ; rares évacuations. *Spasme pylorique net.* Pas de point douloureux à la palpation.

Fait important : ils constatent *un foie basculé en bas et vers la ligne médiane*, comme ayant pivoté autour de la veine cave inférieure ; entre lui et le diaphragme existe un très large espace clair occupé par des anses intestinales ; on palpe et on percute le foie

sur trois travers de doigt au-dessous du rebord costal. Si alors on pratique l'examen en décubitus sous écran, on voit l'espace interhépatodiaphragmatique disparaître et le foie revenir à sa place normale, les anses intestinales étant chassées dans l'hypocondre droit.

La laparotomie montre une anse grêle couverte sur 20 centimètres environ de petits kystes gazeux tassés les uns contre les autres ; le reste de l'intestin ne présente aucune autre altération. L'estomac est distendu avec des parois épaissies et le pylore est engainé sur 2 centimètres environ de *linite plastique*. On ne trouve pas d'*ulcus*. Au niveau du foie, *bride de périhépatite*.

PODKAMINSKY, en 1927, fait une étude détaillée sur l'interposition hépatodiaphragmatique du côlon. Dans les observations qu'il présente, on trouve, à côté de l'interposition côlique, un ulcus et un mégacôlon sigmoïde.

Enfin, notre Maître F. TRÉMOLIÈRES et son collaborateur TARDIEU enrichissent considérablement la question de l'interposition côlique, en rapportant de nombreuses observations. Ils prouvent que le phénomène observé n'est pas une rareté clinique, comme le croyaient les autres auteurs. Ils en étudient la pathogénie et signalent la haute valeur séméiologique de la sonorité angulaire pré-hépatique par laquelle elle se traduit.

Leur premier mémoire d'ensemble (*Arch. des Mal.*

de l'App. Digestif, n° 10, décembre 1931) comporte 19 observations cliniques et radiologiques.

En voici encore 12 observations, absolument nouvelles, que nous avons recueillies cette année dans le service de notre Maître, à l'Hôpital Boucicaut.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1. — *Typhlo-côlite et péricôlite du carrefour. Sonorité angulaire pré-hépatique. Interposition hépato-diaphragmatique du côlon.*

Rob. R..., âgé de 26 ans, ajusteur, consulte pour des douleurs siégeant à l'épigastre. Ces douleurs à type de pesanteur surviennent le soir vers minuit, et durent jusqu'au lendemain matin. Ne souffrant plus, il prend son petit déjeuner, et va à son travail.

Depuis 10 ans, le malade souffre ; avec le temps, ces douleurs ont augmenté de durée et d'intensité : actuellement, elles existent deux à trois fois par semaine. Parfois, la fin de la crise s'accompagne d'émissions importantes de gaz fétides. Il ne vomit pas. Il a repris 6 kilogs depuis 6 ans ; se plaint de céphalée frontale intense et fréquente. Il est constipé. Foie normal ; mais la sonorité angulaire pré-hépatique existe. Gros cæcum gargouillant et douloureux. Tension artérielle 15-7. Les autres appareils sont normaux. Il a eu la rougeole pendant son enfance. A l'âge de 10 ans, il a fait une crise d'appendicite (il n'est pas opéré). Il y a 10 ans, il a eu la grippe espagnole.

Examen radioscopique (D^r BLANCHE) : Après préparation barytée habituelle, absence de stase iléale. Injection du cadre cœlique sans interruption jusqu'à la partie inférieure du duodénum.

Cæco-ascendant légèrement abaissé, mais mobile, d'as-

pect spasmodique, avec un angle cœlique droit sensiblement attiré à gauche, et s'interposant entre le diaphragme et le foie.

La palpation révèle une sensibilité diffuse du cæco-ascendant allant en augmentant de bas en haut avec maximum à l'angle cœlique droit. Ce dernier s'ouvre facilement.

Le transverse est également légèrement spasmodique, abaissé à — 4, mobile, réductible, non douloureux.

Estomac ne contenant pas de liquide à jeun. Bas-fond abaissé à — 2, mobile, réductible, non douloureux.

Antre prépylorique abaissé à droite, en contact avec l'angle cœlique droit qui le suit dans ses déplacements et dont il est difficile de le dissocier ; contours réguliers se distendant pendant la traversée du liquide opaque.

Contraction assez énergique, mais inefficace au début (léger spasme prépylorique initial). Ce n'est qu'en décu-bitus ventral que l'on assiste au 1^{er} passage pylorique.

Bulbe : petit, arrondi.

D2 couché, complètement en arrière du bulbe et de l'antre. Dissociation difficile des éléments du carrefour. Ce dernier présente une sensibilité diffuse avec maxima à l'angle cœlique droit.

OBSERVATION N° 2. — *Ptose du transverse. Sonorité angulaire pré-hépatique. Interposition hépato-diaphragmatique. Aéro-gastro-côlie. Estomac en écharpe. Insuffisance hépatique. Périviscérite du carrefour supérieur.*

M. L. E..., âgé de 42 ans, se plaint actuellement d'une asthénie et d'un eczéma inguinal qui n'est autre qu'un intertrigo streptococcique. Il est soigné, dans le service, depuis 1935, pour des pesanteurs d'estomac survenant après les repas, le gênant même pendant la nuit. Cet état s'accompagne de vertiges et de somnolence. Il se plaint

en même temps de constipation et d'émissions de gaz. L'examen du malade pratiqué à cette époque révélait un léger signe de Murphy, un spasme du côlon et une sonorité angulaire très nette. Depuis cette date, le malade s'est présenté tous les deux ou trois mois : la sonorité angulaire existait toujours, sauf une seule fois le 11 octobre 1935, où la disparition de ce symptôme correspondait à l'amélioration momentanée de l'état du malade qui avait engraisé de 2 kilogs. A sa dernière visite, le 3-2-1938, la sonorité angulaire existe nettement. Les autres organes sont normaux.

Examen radiologique : La baryte est dans les côlons jusqu'au sigmoïde. Les côlons ont un calibre régulier. Il n'y a ni coudure, ni accolement, ni obstacle, et dans l'angle iléo-cæcal pas de point douloureux. Il y a une ptose considérable du transverse qui fait une anse au pubis, mais qui est réductible. L'angle côlique droit est attiré vers la gauche et rempli de gaz s'interpose entre le foie et le diaphragme. Le bulbe duodénal lui est accolé. L'estomac est étiré en écharpe. La poche à air est très volumineuse.

Il n'y a pas de résidu. Les courbures sont régulières. Les contractions énergiques tardivement efficaces. Le bulbe triangulaire est absolument indissociable de l'angle droit, de face, en oblique et en décubitus.

OBSERVATION N° 3. — *Sonorité angulaire pré-hépatique.*

Interposition hépato-diaphragmatique. Aéro-gastro-côlie. Accolement du côlon ascendant au transverse. Ptose du transverse et de l'estomac. Aspect du périoduodénite. Insuffisance biliaire. Enorme dolichocôlon et mégasigmoïde.

M. Robert C..., âgé de 38 ans, a eu la rougeole pendant son enfance, une furonculose au régiment, et des hémorroïdes en 1929, traitées par des injections sclérosantes. En 1928,

il est atteint d'un ictère franc, net, à début insidieux, qui a duré un mois. Depuis ce temps, il est toujours constipé et a des douleurs dans le flanc gauche et dans l'hypocondre droit. Il n'a pas de troubles gastriques ; mais il a des migraines, des éruptions, de l'eczéma génital, de la pollakiurie, du ténésme et des faux besoins.

Il pèse 64 kilogs pour une taille de 1 m. 76. Il n'a pas maigri.

Tout est normal à l'examen physique. Mais la sonorité angulaire pré-hépatique existe sur une longueur de trois travers de doigt.

Examen radiologique : Légère stase iléale, injection du gros intestin jusqu'au voisinage de l'angle cœlique gauche. Dès le début, on est frappé par l'énorme dilatation gazeuse des segments intestinaux qui refoulent les segments injectés du cadre cœlique à droite.

Au niveau de la coupole diaphragmatique gauche, la poche à air de l'estomac et surtout de l'angle cœlique gauche est tellement volumineux que le diaphragme est surélevé de un travers de doigt.

Côlon ascendant en position haute, avec angle cœlique droit attiré en haut et à gauche, s'interposant entre le foie et le diaphragme.

Côlon transverse : portion droite accolée au côlon ascendant s'en dissocie difficilement, partie déclive, ptosée à un travers de doigt au-dessus du pubis, mobile, non douloureux.

Estomac : sans liquide à jeun, poche à air très volumineuse, très refoulée à droite par aéro-cœlie gauche, bas-fond à — 5, mobile, réductible. Courbures régulières mais refoulées par l'intestin météorisé. Pas de point douloureux gastrique. Contractions lentes, évacuation très difficile à suivre.

Bulbe : petit, bords irréguliers, légèrement étoilé. Dissociation pratiquement impossible des divers éléments du

carrefour qui sont en contact ; à ce niveau, sensibilité diffuse.

Après lavement opaque, remplissage extrêmement lent de l'ampoule rectale, puis d'un énorme dolichocôlon et mégasigmoïde avec arrêt prolongé au niveau de la région sous-diaphragmatique. Après injection de 4 litres de liquide, on ne parvient pas à distendre considérablement l'anse en question et on est obligé d'interrompre l'examen du fait de la gêne créée par cette distension.

Une graphie a été prise pour montrer l'état du dolichocôlon et du mégacôlon à la fin de l'examen après plusieurs tentatives de transit au delà du point d'arrêt dans des positions appropriées.

A la palpation, sensibilité très vive de tout le cadre côlique injecté, semble-t-il, du fait de la distension avec maximum à l'angle côlique gauche (Dr BLANCHE).

OBSERVATION N° 4. — *Gastrite éthylique. Tryhlocôlite. Dolichocôlon transverse. Ptose de l'estomac et du transverse. Sonorité angulaire pré-hépatique. Interposition hépatodiaphragmatique du côlon.*

M. B., âgé de 35 ans, garçon de restaurant, vient consulter le 10 février 1938 pour des douleurs à type de crampe et de légère brûlure, siégeant au niveau de l'estomac, et survenant seulement vers 5 heures du matin. Il a des pituites au réveil et des vomissements aqueux vers 4 heures après les repas. Ces vomissements ne sont pas acides. La diarrhée et la constipation alternent. Il prend un à deux litres de vin par jour et quelques apéritifs. Dans ses antécédents, on ne relève rien, à part une blennorrhagie mal soignée et une congestion pulmonaire. Il pèse 68 kilogs pour une taille de 1 m. 68.

Le foie est hypertrophié. La sonorité angulaire pré-

hépatique s'étend sur une hauteur de 6 centimètres. La région cœcale est douloureuse à la palpation. La rate est percevable sur 4 travers de doigt. La tension artérielle est de 14-9. Les autres appareils sont normaux.

Examen radiologique : le 6-2-38 : 10 heures après ingestion de baryte, le cadre cœlique est entièrement injecté, sans stase iléale.

Cæcum : légèrement ptosé, peu mobile, régulier, assez sensible.

Le cadre cœlique : présentant un dolichocôlon transverse avec ptose du bas-fond à — 4.

Angle cœlique gauche : sous les fausses côtes.

Angle cœlique droit : interposition hépato-diaphragmatique du côlon.

Estomac : sans liquide de stase se remplissant normalement. Bas-fond ptosé à — 2, réductible, bords réguliers, non douloureux, contractions normales.

Bulbe : régulier, mobile, non douloureux, évacuation dans les délais normaux.

OBSERVATION N° 5. — *Typhlo-côlite. Cholécystite. L'ulcère est très douteux, l'étranglement bulbaire est causé probablement par la ptose. Sonorité angulaire pré-hépatique. Interposition hépato-diaphragmatique du côlon.*

M^{lle} V..., âgée de 40 ans, souffrait de son estomac à l'âge de 16 ans. En 1930, pendant un certain temps, elle avait des douleurs épigastriques, qui survenaient vers 2 heures après les repas de midi et du soir. Comparable à une torsion et siégeant au creux épigastrique, la crise douloureuse, de nouveau, a fait son apparition le 15 février 1938.

La diarrhée et la constipation alternent. Elle a de la pollakiurie nocturne. Son appétit est bien conservé et elle

n'a pas maigri. L'abdomen est souple. Il n'y a pas de points douloureux à la pression, à part le point vésiculaire net. Des gargouillements existent au niveau du côlon ascendant. La sonorité angulaire pré-hépatique s'étend sur une hauteur de 3 travers de doigt.

Examen radiologique : Après préparation habituelle, injection de tout le cadre cœlique sans interruption. Pas de stase iléale.

Mais : petite tache barytée résiduelle qui se projette sur le bord gauche de LV et qui paraît être en rapport avec un résidu baryté au niveau de l'anse incomplètement sténosée. En effet, pendant toute la durée de l'examen, la tache persiste, mais est animée de mouvements constants qui traduisent le péristaltisme local.

Le cæco-ascendant est ptosé, mobile, non douloureux.

Côlon transverse : spasmodique, effondré dans la cavité pelvienne, réductible, non douloureux.

L'angle cœlique droit est interposé entre le foie et le diaphragme.

Estomac : ptosé à — 5, mobile, réductible. Bords réguliers. Pas de points douloureux gastriques. Légère sensibilité solaire.

Les contractions sont énergiques, rapidement efficaces.

Bulbe : vertical, légèrement dilaté, léger étranglement au 1/3 supérieur.

Transit duodénal : plein calibre à partir du genou supérieur.

L'évacuation au niveau du grêle se fait rapidement au niveau des premières anses, la baryte passant au niveau de la tache barytée en se superposant, mais passant sans s'y arrêter.

Vérifier : origine de la tache, intégrité du bulbe, par série duodénale ; la première graphie montrait une petite image diverticulaire de la petite courbure, avec une encoche pliaturée en face.

Gastro : 20-5-38 : la série confirme l'examen sous écran en montrant un bulbe qui présente un étranglement à peu près constant à son $1/3$ supérieur.

Il est difficile de dire si ce spasme est lié en dehors de lésions de périviscérite à une lésion ulcéreuse, car on ne voit aucune image typique pouvant affirmer le diagnostic.

La tache barytée qui avait été remarquée a disparu le lendemain (D^r BLANCHE).

OBSERVATION N° 6. — *Sonorité angulaire pré-hépatique.*

Interposition hépato-diaphragmatique. Pérityphlocôlite et périviscérite du carrefour supérieur.

A..., âgé de 22 ans, consulte le 5 mai 1938 pour des douleurs vagues siégeant au niveau de l'épigastre. Il y a 6 ans que le malade était pris régulièrement d'une douleur au-dessous de l'appendice xyphoïde, le matin au réveil, vers 6 heures de l'après-midi et vers minuit. Cette douleur, comparée à une torsion, s'irradiait vers le dos et s'accompagnait d'aigreur d'estomac. Il n'a jamais vomé. Depuis deux ans, son état va mieux. Les douleurs sont vagues, mais surviennent avec le même rythme. Une à deux heures après les repas, il a la bouche acide. Le matin au réveil, il n'a pas de douleur, mais il a la bouche amère. Il est toujours constipé, les selles sont souvent pâteuses et contiennent des glaires.

Il pesait 71 kilogs pour 1 m. 70. Actuellement, il pèse 64 kilogs. Il a eu la dysenterie amibienne (à 4 ans), le paludisme et une hépatite par administration exagérée de quinine. Appendicectomie à 18 ans. L'abdomen paraît souple, non ballonné. Douleur nette au niveau de la vésicule biliaire. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes ; mais la sonorité angulaire pré-hépatique extrêmement nette, tranche sur la matité hépatique. La T. A. est de 13-9. Les autres

appareils sont normaux.

Coprologie : Pas de parasites ni d'œufs de parasites. La digestion est normale.

Examen radioscopique : Le 13-5-38 : après préparation habituelle : stase iléale, injection du gros intestin jusqu'au descendant.

Cæco-ascendant : bien injecté, spasmodique, haut situé ; angle côlique droit s'interposant en décubitus dorsal d'un bon travers de doigt sous le rebord costal, entre le foie et le diaphragme.

Tout est peu mobile, diverses localisations électives : l'une au niveau de l'angle iléo-cæcal, l'autre au niveau de l'angle côlique droit, sous le rebord costal.

Transverse : spasmodique, haut situé, peu mobile.

Estomac : légère quantité de liquide à jeun. Bas-fond à — 1, peu mobile. Antre attiré à droite au contact de l'angle côlique droit. Grande courbure complètement encadrée par le transverse dont on la dissocie difficilement. Pas de point douloureux gastrique. Contractions lentes et inefficaces au début.

Bulbe : petit, bords irréguliers.

D2 couché derrière le bulbe.

Dissociation difficile des éléments du carrefour, avec sensibilité diffuse (D^r BLANCHE).

OBSERVATION N° 7. — *Sonorité angulaire pré-hépatique.*

Interposition hépato-diaphragmatique du côlon. Typhlocôlite. Dolichocôlon ascendant et iléite terminale.

M^{lle} T. L..., âgée de 44 ans, souffre, aussitôt après le petit déjeuner et les repas de midi et du soir, de somnolence, de ballonnement du ventre, de pesanteur et de brûlure d'estomac. Ces sensations disparaissent 4 heures après les repas.

Au réveil, elle a la bouche pâteuse et des renvois acides.

Elle pèse 57 kilogs pour une taille de 1 m. 57. Elle a maigri de 2 kilogs dernièrement.

A l'examen, on note que l'abdomen est assez souple. Clapotage gastrique trois heures après le petit déjeuner. On note un point douloureux xyphoïdien. Le cæcum est sensible et le point vésiculaire est assez net.

La matité du foie est remplacée sur une hauteur de 8 centimètres par la sonorité angulaire du côlon.

La tension artérielle est de 13-10. Les autres organes sont normaux.

Examen radiologique : 19 mai 1938. Traversée œsophagienne normale. Estomac de forme, de situation et de dimensions normales, mobile et souple. Pas de liquide à jeun. Poche à air gastrique de dimension banale. Bonne contractilité, aucune déformation. Bulbe se remplissant bien, se distendant normalement sans aucune déformation. Allongement de D2 qui, de ce fait, forme un angle aigu entre D2 et D3 qui entraîne un certain degré d'antipéristaltisme. La troisième portion est dilatée. Angle duodéno-jéjunal normalement situé. La région de la valvule iléo-cæcale est extrêmement douloureuse. Le cæcum très dilaté est ptosé dans le petit bassin, très attiré vers la droite, prenant en station verticale une situation rétro-pubienne. Cependant, il est relativement mobile, très nettement douloureux à la palpation dans toute son étendue.

Cæco-ascendant allongé, d'aspect hypertonique, presque spasmodique. Tout son trajet est douloureux à la palpation et est peu mobile.

Angle hépatique reste très haut et s'interpose entre le foie et le diaphragme.

Transverse allongé fait une coudure en V immédiatement après angle hépatique. Descendant également allongé fait une coudure importante au niveau de la crête iliaque.

Sigmoïde et rectum, remplis par lavement, sont de forme normale et se distendent bien.

Dolichocôlon portant particulièrement sur le côlon ascendant, avec signe de typhlo-côlite et d'iléite terminale (D^r JOULIA).

OBSERVATION N° 8. — *Ulcère duodénal. Sonorité angulaire pré-hépatique. Interposition hépato-diaphragmatique du côlon. Péricystite du carrefour supérieur.*

M. F..., âgé de 26 ans, souffre depuis l'âge de 14 ans de renvois acides. Actuellement, il a des douleurs tardives, 6 heures après les repas, à type de pesanteur et de brûlure, siégeant au creux épigastrique et irradiant vers l'hypocondre droit. Ces crises durent de 1 à 2 jours, séparées par de longs intervalles de repos (3 mois à 2 ans) pendant lesquels le malade ne souffre plus. Pendant les périodes douloureuses, il a des vomissements alimentaires dans lesquels le malade remarque assez fréquemment la présence de quelques filets de sang rouge. Il n'est pas constipé et ses selles sont noires. Il a eu 4 crises depuis l'âge de 23 ans.

Le palper décèle une douleur dans la région épigastrique, à un travers de doigt à droite de la ligne médiane.

La sonorité angulaire existe très nettement sur la ligne mamelonnaire et atteint une hauteur de 8 centimètres. La rate est très volumineuse, palpable et percutable. La tension artérielle est de 14 1/2-9 1/2. Les autres appareils sont normaux.

Examen radiologique : Traversée œsophagienne normale. Estomac de forme et de situation normale de type hypersthénique. Pas de liquide à jeun, mobile et souple. Contractilité et évacuation normales. Aucun point douloureux à la palpation. Aucun signe de lésion pariétale. Pylore en regard de L1, non spasmé et sans anomalie.

Bulbe également en regard de L1 normalement situé,

se remplissant et se vidant assez normalement, mais présentant des images suspectes (série duodénale).

DII est légèrement rejeté vers la gauche, presque rétro-bulbaire par dilatation de DIII.

Le cadre côlique injecté de baryte est très net. L'angle côlique droit s'interpose entre le foie et le diaphragme.

Les différents éléments du carrefour supérieur sont très difficiles à dissocier (D^r JOLY).

OBSERVATION N° 9. — *Périviscérite sous-hépatique par péricélite ascendante d'origine appendiculaire. Evacuation du pus par l'anus. Sonorité angulaire pré-hépatique. Interposition hépato-diaphragmatique du côlon.*

M^{lle} L..., 47 ans, a subi en 1931, une appendicectomie (LECÈNE) pour des douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite, sans crise aiguë. Elle s'est soignée pour la syphilis héréditaire et a eu sa ménopause à 41 ans. Il y a 5 ans, elle avait des douleurs persistantes dans la fosse iliaque droite et depuis elle souffre plus ou moins. Il y a un mois et demi, elle ressentit une douleur vive dans le côté droit, avec gêne passagère de la jambe droite ; puis elle évacua du pus par l'anus.

La rectoscopie était négative : rien à l'anus, rien dans le rectum.

Actuellement, elle ne souffre plus. Il s'agit probablement de l'évacuation par l'anus d'une collection purulente formée insidieusement du côté droit de l'abdomen (vésicule, foie, rein, utérus, annexes droites ?). Elle a une scoliose vertébrale accentuée.

Abdomen est souple et indolent, sauf dans la fosse iliaque droite. La sonorité angulaire pré-hépatique siège sur la ligne mamelonnaire.

La région sous-hépatique et le cæcum sont sensibles.

Radio (JouLIA) : Scoliose dorso-lombaire très accentuée, sans sensibilité particulière. Interposition hépato-diaphragmatique de l'angle cœlique droit avec adhérences. La zone douloureuse du flanc droit se localise en arrière d'un coude en V du côlon transverse dont la branche droite est accolée au côlon ascendant et qui correspond au pôle antérieur du rein droit et au fond de la vésicule biliaire. Aucun trajet fistuleux sur le cadre cœlique.



Fig. 1

OBSERVATION N° 10. — *Ptose viscérale. Péricôlite ascendante et périverite sous-hépatique. Sonorité angulaire pré-hépatique. Interposition de l'angle côlique droit.*

M^{lle} C..., âgée de 32 ans, a une constitution défectueuse. Réglée à 17 ans, elle voit trop souvent ses règles et elles



Fig. 2

sont parfois plus abondantes. Elle a un souffle de communication inter-ventriculaire. Ptose viscérale. Constipation habituelle. Elle est opérée, en janvier, 1936 d'appendicite chronique. Traitée en mai 1936 pour ténia.

Appétit médiocre. Pas de douleurs gastriques. Pas de

nausées. Elle a une douleur vive dans l'hypocondre et le flanc droit, accompagnée de céphalée en position debout seulement.

Selles pâteuses, quotidiennes, sans glaires ni peaux. Souffle médiocardiaque et sus-apexien propagé dans l'aiselle et le dos, systolique, rude. Rien à la base. Abdomen à paroi un peu flasque, indolent, mais la sonorité angulaire siège entre la ligne mamelonnaire et la ligne axillaire antérieure.

Examen radiologique : Estomac ptosé, dilaté, un peu abaissé, mais surtout côlon ascendant, très allongé avec interposition hépato-diaphragmatique de l'angle hépatique droit.

OBSERVATION N° 11. — *Péricôlite et périviscérite sous-hépatique d'origine appendiculaire. Sonorité angulaire pré-hépatique. Interposition entre le foie et le diaphragme de l'angle côlique droit.*

M^{lle} M..., âgée de 43 ans, a souffert de l'abdomen depuis l'âge de 18 ans. Elle a subi l'appendicectomie en 1929 après de nombreuses crises. Depuis, elle a des douleurs moins violentes, surtout après la cure à Contrexéville. Constipation habituelle. Troubles des règles (10 jours par mois).

Sa tension est de 11 1/2-8 1/2. Sensibilité et défense profonde du cæco-ascendant. Sonorité angulaire sous-mamelonnaire et sensibilité sous-hépatique.

Examen radiologique (Joulia) : Estomac tonique. Aérophagie. Sensibilité du carrefour supérieur. Transit pylorique et duodénal un peu ralenti et irrégulier, par spasme de D2 et D3.

D2, assez attiré vers le foie, décrit un angle obtus ouvert à gauche. Évacuation gastrique en 3 heures. Traversée de l'intestin grêle en 6 heures. Sans stase iléale. Interposition

hépatodiaphragmatique, très prononcé, de l'angle cœlique, en décubitus horizontal, diminué, mais persistant encore



Fig 3

en position verticale. A la 32^e heure, stase à partir de l'angle sous-hépatique.

Cæco-ascendant mobile, contracté.

OBSERVATION N° 12. — *Sonorité angulaire pré-hépatique.*

Interposition hépato-diaphragmatique du côlon. Sténose du pylore par ulcère. Périviscérite du carrefour supérieur.

D. R..., 25 ans, jardinier, a des douleurs épigastriques et surtout des vomissements alimentaires abondants qui surviennent depuis une vingtaine de jours. Les douleurs surviennent très régulièrement de une heure et demie à deux heures après tous les repas, et s'irradient vers l'ombilic et l'hypocondre droit.

Ces douleurs sont comparables à une brûlure, à une torsion et à un tiraillement. Elles durent environ 2 heures ou 3 heures.

Les vomissements qui accompagnent souvent les douleurs ne les calment qu'incomplètement et contiennent des aliments ingérés au repas précédent..

Disons que les vomissements sont plus fréquents le soir.

Le malade a maigri de 7 kilogs en 20 jours. Le palper abdominal localise un point douloureux sus-ombilical.

La matité angulaire pré-hépatique remonte jusqu'à la 7^e côte, ne laissant mate que la partie toute supérieure du foie. Les autres organes sont normaux.

L'examen radiologique : L'estomac renfermé, en grande quantité, des liquides de stase. Remplissage se fait en neige. Le bas-fond est ptoisé jusqu'au pubis. Une demi-heure après le début de l'examen, l'évacuation ne se fait plus (Atonie),

Vingt-quatre heures après l'ingestion de radio-baryx, la presque totalité du repas opaque occupe encore l'estomac, le bas-fond étant élargi.

Une très faible quantité arrive jusqu'au cæcum.

Le lavement opaque administré pour voir le cadre côlique, montre que l'ampoule rectale est dilatée considérablement. Le lavement atteint l'angle splénique. Peu à peu, le côlon transverse et le cæco-ascendant s'injectent. Leur calibre est considérable.

L'angle cœlique droit et la partie toute droite du transverse sont interposés entre la coupole diaphragmatique et le foie.

L'opération a confirmé une sténose du pylore, due à un ulcère calleux et des adhérences par suite de l'appendicite chronique (appendicectomie).

Les douze nouveaux exemples d'interposition hépato-diaphragmatique du côlon, ont été recueillis en une année. Ils ne sont pas une trouvaille clinique ou radiologique ; ils sont le résultat d'une exploration systématiquement pratiquée. C'est la percussion méthodique de la région hépatique qui, loin de faire croire à une anomalie exceptionnelle, permet de déceler une ectopie cœlique, assez fréquente au cours des affections du tube digestif.

Nul signe fonctionnel, tel qu'une douleur locale, nul symptôme général, n'appartient en propre à cette interposition cœlique : les troubles qui accompagnent cette donnée de l'examen physique sont l'effet, non de l'interposition, mais de ses facteurs étiologiques, et lorsque survient un accident, tel que l'occlusion intestinale, c'est une complication de l'affection primitive, une exagération des causes de l'ectopie, bien plus qu'un aboutissant de l'ectopie elle-même.

L'individualité clinique de l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon est donc réduite à la seule *sonorité angulaire pré-hépatique*.

L'examen radiologique est nécessaire pour contrôler l'existence de l'ectopie et surtout spécifier sa nature et son origine.

Il convient donc d'insister sur la technique de cet examen.

A la radioscopie directe, sans préparation, l'on distingue d'autant mieux l'interposition cœlique que le côlon, placé en avant du foie, est distendu par une aérocoëlie; en ce cas, une plage grise tranche, au-dessus du rebord costal, sur l'opacité hépatique, qui estompée d'ailleurs la clarté aérocoëlique, moins nette en cette région que dans le reste de la cavité abdominale.

Quand le côlon est placé entre la face externe du foie et la paroi de l'aisselle, sa clarté contraste plus vivement avec l'ombre hépatique qui, refoulée en dedans, ne prend plus contact avec la voûte diaphragmatique que par une surface réduite et parfois même en est complètement séparée.

Pour confirmer le diagnostic d'interposition hépatodiaphragmatique du côlon, il faut procéder à l'examen classique du tube digestif après l'ingestion d'un bol opaque. D'ordinaire, la gélobarine ingérée remplit au bout de sept à dix heures le cæco-ascendant, l'angle sous-hépatique et la moitié droite du côlon transverse. Quand on a constaté, en position frontale, dans la station debout comme en décubitus dorsal, l'interposition du côlon en avant ou sur le côté droit du foie, l'on applique sur la paroi thoracique, au point où se projette l'anse interposée, un index métallique. L'on fait alors tourner le sujet debout en incidence O. A. D., puis en position sagittale, et l'on observe la position de cette anse par rapport à l'index. L'on peut ainsi la repérer plus facilement, la spécifier et la distinguer des autres anses qui peuvent accoler ou superposer leur ombre à la sienne.

Parfois, un obstacle, une bride de péricôlite le plus souvent, entrave la progression de la gélobarine ingérée et retarde la réplétion cœlique. L'on doit alors y suppléer par un lavement opaque qui dessine le côlon par sa progression ascendante. Point n'est besoin d'une forte pression ; l'on pousse ce lavement jusqu'à la moitié du côlon transverse, et l'on fait coucher le malade sur le côté droit : par le fait de la pesanteur, le liquide opaque pénètre dans l'angle sous-hépatique, franchissant les endroits contractés et refoulant les gaz vers l'angle splénique, lorsque des spasmes ou l'aérocôlie semblent devoir gêner sa progression.

Le cadre cœlique injecté dans son ensemble, l'on peut définir l'objet et les causes de l'interposition cœlique.

D'ordinaire, c'est l'angle sous-hépatique qui s'insinue le plus souvent entre la face antérieure du foie et le diaphragme ; ou plus rarement, entre celui-ci et la face latérale du foie, dans l'aisselle.

Parfois, c'est un dolichocôlon sigmoïde, refoulé jusqu'à l'hypocondre droit par l'aérocôlie générale, qui vient se placer entre la masse hépatique et la coupole diaphragmatique. Ce peut être aussi le cæcum, comme l'a signalé ENGELS.

L'ectopie cœlique n'est pas toujours permanente. Les cas de CHILAÏDITI en sont une preuve irréfutable, ainsi que l'observation de BÉCLÈRE. Si, à l'autopsie des malades, certains auteurs n'ont pas trouvé l'interposition cœlique, cela tient, d'après CHILAÏDITI, au changement spontané de position, ou bien aux phéno-

mènes asphyxiques précédant la mort ; il se produit souvent des mouvements péristaltiques accentués de l'intestin, et il est possible que ces contractions favorisent la descente de l'intestin interposé : par suite, le foie doit reprendre sa place, parce qu'il ne peut y avoir de vide dans le corps. Cette interposition cœlique peut s'atténuer ou disparaître quand le malade change de position. Tantôt elle est plus accentuée en position debout qu'en décubitus, par suite du changement de situation des viscères pleins dans ces deux attitudes, ainsi que l'ont signalé LE NOIR et GILSON ; tantôt, et c'est ce que F. TRÉMOLIÈRES et TARDIEU ont constaté, en position verticale, le poids de la masse cœlique, accru du poids de la gélobarine, ramène au-dessous du foie le segment cœlique interposé.

L'interposition peut varier aussi spontanément, dans la même position, à des examens successifs.

Mais, fait important, BÉCLÈRE, CHILAÏDITI et d'autres cliniciens et radiologistes, soulignent dans leurs observations que chaque fois que l'examen clinique montre une disparition de la matité hépatique, remplacée par une sonorité (*éclipse totale du foie*, d'après BÉCLÈRE), l'examen radiologique révèle de son côté une zone claire caractéristique. *Il y a, d'après eux, une étroite liaison entre l'image claire radiographique et la sonorité pré-hépatique.*

Par ailleurs, ces changements de position ne s'accompagnent d'aucune douleur, d'aucun symptôme.

Le degré du météorisme intestinal contribue certainement à l'importance de l'interposition.

Ainsi, dans l'une des observations de M. F. TRÉMOLIÈRES, où une occlusion aiguë a été l'aboutissant d'une péricôlite, l'interposition constatée, quatre ans auparavant, s'est accentuée rapidement pendant les quelques heures de l'occlusion, pour disparaître définitivement dès la création de l'anus iliaque suivie de la libération des anses agglutinées.

Par contre, dans plusieurs cas, l'interposition cœlique, constatée de façon indubitable au premier examen clinique, en même temps que le météorisme abdominal, n'a pas été retrouvé à l'examen radiologique, le météorisme ayant alors disparu.

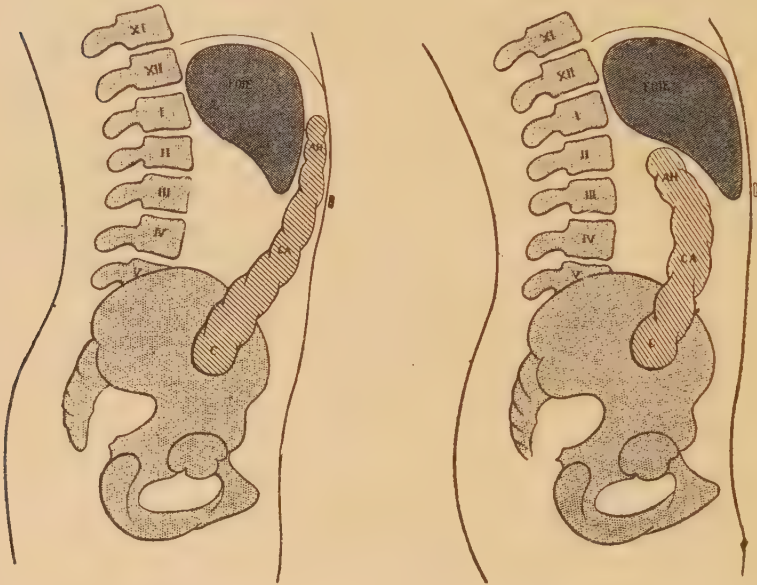
Nous saisissons le rôle de celui-ci dans une autre observation de notre Maître, où nous voyons l'interposition par péricôlite, disparue en quelques jours sous l'action d'un régime restreint et végétarien, réparaître avec les troubles de cœlite et le météorisme abdominal, à la suite d'une reprise trop précoce de l'alimentation mixte.

Passage du décubitus à la station debout, diminution du météorisme abdominal, tels sont les deux facteurs importants, qui atténuent ou suppriment l'ectopie cœlique.

L'examen radiologique, qui contrôle et définit l'interposition cœlique, permet aussi d'éviter une erreur qui pourrait faire naître le seul examen clinique.

Il peut arriver qu'une percussion assez forte de la région hépatique éveille au-dessus du rebord costal, sur une zone limitée, une sonorité, moins nette que

celle de l'ectopie cœlique, mais qui contraste cependant avec la matité hépatique normale. Une étude minutieuse de l'image fournie par l'écran montre que la zone de sonorité atténuée correspond bien à l'image



Les deux schémas extraits de l'*Arch. de l'App. Digest.* N° 10-1931

de l'angle sous-hépatique adhérent au foie, mais situé, non en avant, mais *en arrière du rebord antérieur de cet organe*. Le malade étant placé en position sagittale, dans l'interposition hépato-diaphragmatique, le segment cœlique insinué entre le diaphragme et le foie est aplati, accolé à la paroi costo-diaphragmatique, distant de 2 à 3 centimètres seulement de l'index métallique. Au contraire, quand la sonorité pré-hépatique est douteuse, mal définie, l'angle sous-hépatique appa-

raît, plus ou moins net, plus ou moins distendu par des gaz, incurvé d'avant en arrière, suivant la face inférieure du foie, éloigné de l'index métallique et d'autant plus que le sommet de l'angle remonte plus haut ; le côlon a conservé sa situation normale, mais, distendu par des gaz, il est fixé derrière le foie, plus ou moins basculé en avant, et dont le bord antérieur le sépare de la paroi thoracique.

GUILBERT et TARDIEU distinguent ainsi deux types radiologiques qui répondent tous les deux à *la sonorité pré-hépatique* :

1^o Un type postérieur qui n'est que l'exagération de la disposition normale ; mais dans lequel l'angle cœlique droit serré contre les faces inférieure et postérieure du foie, est recouvert par le bord libre de cet organe insuffisant à masquer la sonorité cœlique sous-jacente.

Ce type postérieur est souvent lui-même le point de départ d'une interposition vraie du transverse dans sa première portion ou dans sa partie moyenne.

2^o Un type antérieur ou interposition vraie hépato-diaphragmatique.

Ainsi, la sonorité pré-hépatique que l'on peut percevoir par la percussion méthodique, voire même légère, ne traduit pas fatalement l'interposition hépato-diaphragmatique vraie de l'angle droit du côlon ou de la portion initiale du côlon transverse. Mais il est très difficile, sinon impossible, de distinguer cliniquement cette sonorité pré-hépatique, liée à la fixation du côlon derrière le bord antérieur du foie,

de la sonorité pré-hépatique produite par la véritable interposition hépato-diaphragmatique. L'examen radiologique peut seul trancher la question.

Mais, comme dans les deux cas, la zone de sonorité pré-hépatique est symptomatique de périviscérite sous-hépatique. Très exceptionnellement, il est vrai, « le syndrome angulaire postérieur » peut être fonction d'une distension côlique intense, d'un météorisme considérable, sans périviscérite sous-hépatique réellement adhésive.

En résumé : *la valeur symptomatique de la sonorité angulaire pré-hépatique n'est nullement diminuée.*

L'examen radiologique fournit aussi des renseignements de haute valeur sur les lésions qui accompagnent et conditionnent l'ectopie côlique : appendicite chronique, ulcus pylorique ou duodénal, périviscérites adhésives consécutives à ces affections, méga ou dolichocôlon le plus souvent sigmoïde, etc... En détailler ici les signes serait oiseux ; il convient cependant de les mentionner, car elles jouent dans la pathogénie de l'interposition côlique un rôle considérable.

*
* *

L'examen radiologique aide beaucoup l'examen clinique, c'est-à-dire la sonorité angulaire pré-hépatique, à distinguer l'ectopie côlique des autres affections qui peuvent y ressembler.

Certes, il est des cas de tympanisme pré-hépatique qu'on peut, sans le secours de l'écran, distinguer de la

- sonorité pré-hépatique et faire son diagnostic étiologique.

Tel est celui où *un météorisme abdominal*, refoulant le foie en haut, rend sonore la partie inférieure de l'hypocondre droit. Cette zone de sonorité, *en forme de bande allongée*, s'étend tout le long du rebord costal sur une faible hauteur et disparaît avec le météorisme qui lui a donné naissance ; le côlon suit son trajet habituel et n'empiète pas sur l'ombre hépatique, au-dessous de laquelle il reste situé.

Tel aussi le tympanisme pré-hépatique, signe classique et de grande valeur des *péritonites aiguës*, qui, total et non patiel, s'accompagne des autres symptômes caractéristiques de l'inflammation du péritoine.

Mais il est d'autres affections pour le diagnostic desquelles la radiologie est utile et même nécessaire.

HADENGUE (en 1919) signale le cas d'une femme enceinte chez laquelle, en position verticale, le foie s'abaisse spontanément d'un *travers de main* environ. Une plage lumineuse apparaît alors entre la coupole diaphragmatique et le dôme hépatique en forme de croissant ; dans le décubitus horizontal, le foie reprend sa place normale.

Il s'agit vraisemblablement de *ptose viscérale*, favorisée par l'état de la grossesse de la malade sans antécédent pathologique.

Ce cas unique, dans la littérature médicale, ne doit pas retenir davantage notre attention.

La sonorité de l'hypocondre droit sans signes inflammatoires ferait penser à une *inversion viscérale*, si

la palpation ne montrait pas que la pointe du cœur bat près du mamelon gauche et si l'exploration radioscopique ne laissait pas voir les autres organes à leur place habituelle.

Si, dans l'*abcès sous-phrénique gazeux* (le cas le plus important et le plus intéressant est celui de BÉCLÈRE), d'autres symptômes inflammatoires, locaux et généraux, s'ajoutent à la sonorité sous-diaphragmatique, la constatation radioscopique, en position debout, d'une image claire limitée en bas par un niveau horizontal dont la succession révèle la nature liquide, dissipe toute hésitation.

Précédé et accompagné de symptômes pleuro-pulmonaires, qui font défaut dans l'interposition cœlique, le *pneumothorax de la base droite* à localisation antérieure forme une image claire assez analogue à celle du côlon interposé, mais cette image *nettement sus-diaphragmatique*, est indépendante de celle du cadre cœlique.

Il est des cas où une zone de sonorité et une image claire pré-hépatique, fournies par le tube digestif lui-même, peuvent simuler l'interposition cœlique. Tel celui des *kystes gazeux de l'intestin grêle*, qui s'insinuent dans l'espace phréno-hépatique; mais ces kystes gazeux s'accompagnent des symptômes d'une sténose pylorique ou d'une péritonite aiguë ou chronique et un lavement baryté révèle que ce n'est pas le côlon, mais l'intestin grêle, qui occupe l'hypocondre droit.

La *hernie diaphragmatique de l'estomac*, si elle ne s'accompagne pas de symptômes d'ordre inflamma-

toire, peut, dans son trajet vers la cavité thoracique, fournir un tympanisme pré-hépatique ; mais ce tympanisme est situé plus à gauche que dans l'ectopie cœlique, et l'ingestion de gélobarine montre qu'il appartient à l'estomac, alors qu'un lavement opaque permet de constater que le côlon conserve son trajet habituel.

Enfin, *il est des interpositions hépato-diaphragmatiques*, non plus cœliques, mais *pyloro-duodénales*, ou même gastriques, qui ne s'accompagnent non plus d'aucun signe clinique révélateur, et dont seul l'examen radiologique permet d'affirmer la nature.

L'on voit que l'examen radiologique joue, dans le diagnostic positif et différentiel de l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon, un rôle capital et doit toujours compléter l'examen clinique, c'est-à-dire la sonorité angulaire pré-hépatique.

*
* * *

Identifiée par la radiologie mieux que par la clinique, l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon ne semble constituer qu'une anomalie de peu d'intérêt. Elle suscite, en réalité, un problème pathogénique difficile et discuté, et possède une valeur séméiologique importante.

Il convient de rechercher les causes sous l'action desquelles le côlon se glisse en avant ou à côté du foie, dans sa loge sous-diaphragmatique.

Le côlon ascendant est fixé sur la face postérieure

de l'abdomen par un mésocôlon plus ou moins complet, mais généralement assez court, qui le retient sous la face inférieure du foie chez l'individu normal. Ce méso, qui s'insère près de l'empreinte surrénale, est renforcé par des ligaments dont les noms varient avec les auteurs.

D'une façon un peu schématique, on peut décrire : un ligament hépato-côlique ou ligament de l'angle côlique (méso court), et au carrefour, un ligament cystico-côlique et un ligament duodéno-côlique. Entre ces ligaments, le méso-côlon est presque fixe. Il est susceptible cependant de se disloquer.

Cinq forces concourent à maintenir en place la masse hépatique :

1^o *La pression intrathoracique négative.* KAYSER établit qu'une pression négative de 10 centimètres cubes d'eau sur toute la surface du diaphragme (400 cc.) développe une force aspiratrice de 4 kilogrammes.

2^o *Existence des adhérences capillaires* entre le foie et le diaphragme, au niveau du sommet de celui-ci (BÜRGER).

3^o *Les ligaments falciforme, coronaire et triangulaire*, renforcés par la veine cave inférieure, qui rattachent la glande à la paroi thoraco-diaphragmatique.

Mais toutefois, des auteurs ont démontré que ces ligaments ne peuvent jouer un véritable rôle que dans le cas où ils contiennent des fibres conjonctives. Etant dépourvus d'une armature conjonctive résistante, et

représentant une simple plicature du péritoine, ces ligaments n'ont qu'une action minime. Seul le ligament hépato-duodénal contient des renforcements conjonctifs ; le pylore et le duodénum par son intermédiaire peuvent tirer le foie en bas dans certaines circonstances (péri-duodénite) (BÜRGER).

4^o *Le tonus des muscles abdominaux* et les muscles intercostaux dans certaines mesures.

5^o *La masse intestinale* gonflée d'air forme une sorte de coussin élastique supportant le foie. Ceci est démontré par les empreintes laissées sur cet organe par l'intestin.

C'est par l'équilibre de ces forces que la glande hépatique est maintenue dans l'hypocondre droit, contre la coupole diaphragmatique.

En outre, comme le remarque PODKAMINSKY, la pression exercée par la masse intestinale, lorsqu'elle s'accroît, ne peut s'exercer favorablement sur le foie que si celui-ci est de forme et de volume normaux ; s'il est atrophié, dans l'ensemble ou l'un seulement de ses lobes, l'intestin distendu tend à se glisser entre sa surface et la paroi phrénique, le séparant de celle-ci au lieu de l'y appliquer.

Les auteurs qui ont étudié la pathogénie de l'interposition côlique ont fait jouer à ces différents facteurs de l'équilibre hépatique un rôle plus ou moins important.

CHILĀĪDITI attribue le rôle principal à un abaissement du foie consécutif à la faiblesse ou à une défecuosité de l'appareil ligamenteux, à l'atonie de la

paroi abdominale ; distendu par les gaz, le côlon, dont le méso ou le ligament hépato-phrénico-côlique est allongé, vient prendre sa place sous le diaphragme droit. Le degré d'abaissement et la forme du foie varient, d'après lui, avec la masse de l'intestin interposé.

Il y a donc une relation de cause (chute du foie) à effet (intestin interposé).

Pour LETULLE et AUBOURG, ce n'est plus une hépatoptose, mais une altération morphologique du foie qui permet l'ectopie côlique. Celle-ci serait due à une atrophie partielle de la glande hépatique, dont les bords, le droit surtout et la face postérieure, ménagent un récessus rétro- et même sus-hépatique, et à une malformation de la fin de l'iléon, du cæcum, du côlon ascendant et du méso correspondant, qui laissant à cette portion de l'intestin une mobilité anormale, lui permet de pénétrer dans le récessus et de s'y loger d'une manière temporaire ou définitive.

BÜRGER, dans son mémoire sur les « Dystopies » du foie, assigne à l'interposition côlique des causes multiples d'importance variable : augmentation de la pression abdominale, dans la région hépato-diaphragmatique ; diminution du volume du foie, due à diverses maladies de cette glande ou à des troubles généraux ; adhérences entre le foie et la région pylorique, attirant à gauche la masse hépatique et diminuant l'action de soutien exercée sur elle par le coussin intestinal, qui tombe chez le malade amaigri par les troubles gastriques liés à ces adhérences.

Ainsi interviennent dans la genèse de l'interposition cœlique, à des degrés divers selon ces auteurs, les éléments physiologiques de la statique du foie, auxquels BÜRGER ajoute un facteur pathologique, les adhérences pyloro-hépatiques.

Pour GUILBERT et TARDIEU, l'angle hépatique nettement postérieur, ne peut s'interposer en avant du foie, que sous l'influence d'un triple mécanisme :

- 1^o de dislocation vers le bas ;
- 2^o d'allongement des mésos et des ligaments ;
- 3^o puis d'adhérences pathologiques tardives s'exerçant sur un plan antérieur.

Plus souvent, ce n'est pas l'angle qui s'interpose, mais la première portion du côlon transverse. L'angle restant postérieur peut même quitter sa position sous-hépatique, s'abaisser alors que la première portion du transverse remonte. Tirillée d'une part par les ligaments, surtout par le cystico-cœlique, elle forme d'abord un angle dont le sommet est plus médian que normalement. La circulation cœlique entravée, la tension intra-intestinale augmentée, favorisent le développement et l'accentuation de cette angulation anormale, d'ailleurs décrite par LEJARS. L'interposition se fait en aval du ligament rétréci.

Notre Maître F. TRÉMOLIÈRES et son collaborateur A. TARDIEU rapportent de nombreuses observations, où l'examen radiologique complète l'examen clinique et dans quatre d'entre elles, l'intervention chirurgicale jugée nécessaire est faite. Cette année-même, nous publions 12 observations. L'étude minutieuse de

ces différents cas permet d'apprécier la valeur respective de ces théories.

Du point de vue étiologique, l'on doit constater, dans toutes ces observations, *l'existence d'une affection* d'un viscère abdominal ; ulcus pylorique ou duodénal, cholécystite, appendicite chronique, typhlocôlite, capable de provoquer, dans son voisinage, ou à distance, une inflammation péritonéale adhésive : périviscérite du carrefour supérieur, péri-typhlo-appendicite, péricôlite localisée ou ascendante.

Dans deux de ces observations, un ulcus pylorique ou duodénal coïncide avec l'interposition côlique ; dans une troisième, l'on trouve bien sur le pylore la nodosité d'un ulcus ancien, mais comme nulle adhérence n'accôle le pylore ou le duodénum au foie, tandis qu'il existe une appendicite chronique avec péricôlite ascendante (bride sous-iléale et accolement en canon de fusil de l'ascendant et du transverse), c'est évidemment non à l'ulcus, mais à l'appendicite chronique et à la péricôlite ascendante que revient le rôle étiologique. Cette coïncidence de l'interposition côlique et de l'ulcus parapylorique est également signalée dans le cas de BÜRGER, dans celui de WEILAND, dans un de PODKAMINSKY. D'après cet auteur, la péripyloro-duodénite ajoutée au petit épiploon, renforce la solidarité hépato-gastro-duodénale et attire à gauche la masse hépatique. En outre, pour BÜRGER, en entravant le transit pylorique, elle provoque de la dilatation de l'estomac attaché au foie, augmente par

la surcharge gastrique le poids que celui-ci supporte, et les troubles dyspeptiques entraînent par l'amaigrissement général une diminution de volume de la glande hépatique.

Dans quinze des observations précitées, l'on trouve toujours l'existence d'une inflammation d'un organe placé dans la moitié droite de l'abdomen : appendicite chronique (10 cas), typhlocôlite chronique (4 cas), compliquées ou non de cholécystite chronique, cholécystite seule (1 cas), et dans tous ces cas l'on note *une explication constante, la périviscérite abdominale adhésive*, péricôlite ascendante partie du carrefour inférieur, ou périviscérite du carrefour supérieur. Ainsi, fait important, qu'elle naisse au carrefour supérieur, consécutive à un ulcus gastrique, pylorique ou duodénal, ou à une cholécystite, ou qu'elle parte du carrefour inférieur, à la suite d'une appendicite ou d'une typhlo-côlite chronique, *la péricôlite adhésive apparaît comme un élément commun à ces diverses affections et c'est toujours dans la région sous-hépatique qu'elle se forme ou qu'elle aboutit.*

Autre fait à noter : c'est dans presque tous les cas, *l'angle sous-hépatique* et les deux segments côliques qui le constituent, qui s'insinuent entre le diaphragme et le foie ; dans une seule observation, c'est l'anse sigmoïde, mais elle accompagne l'angle hépatique, unie et fixée au côlon ascendant par des adhérences, résultat d'un long épisode inflammatoire.

Péricôlite d'origine variable, mais toujours située au niveau du foie, accolant à cet organe l'angle côlique

droit qui y est normalement adjacent, la partie voisine de l'ascendant ou du transverse ou tout autre segment cœlique attiré en cet endroit par une adhérence adhésive préalable, le bridant, le comprimant jusqu'à l'étrangler, telle est la condition anatomique de l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon.

Elle est nécessaire, elle ne paraît pas suffisante.

La distension cœlique par aérophagie ou fermentation doit s'ajouter pour forcer le passage entre le foie et le diaphragme.

Dans toutes nos observations, à l'examen clinique, à la radioscopie, à l'intervention même, l'on constate le météorisme intestinal. Vient-il à cesser, l'interposition disparaît ; reprend-il, elle se [reform]e ; s'accroît-il, rapidement, au cours d'une occlusion aiguë, elle augmente en même temps que lui.

L'augmentation de la pression intra-abdominale est parfois accrue par l'existence d'un dolichocôlon sigmoïde, *résultat d'un fonctionnement intestinal défectueux de longue date.*

A cet égard, PODKAMINSKY, en s'appuyant sur des observations personnelles et sur certains cas des autres auteurs, présente une idée originale. Il écrit, en 1927, que : le rôle du mégacôlon sigmoïde est considérable ; c'est celui d'une presse qui interpose l'angle cœlique droit entre le diaphragme et le foie. L'importance de la pression du mégacôlon est prouvée par le fait que l'angle cœlique droit reste dans sa position anormale malgré la pression considérable exercée par les contractions simultanées des muscles abdominaux

et du diaphragme. Pour lui, l'importance du mégacôlon est tellement grande qu'en cas de n'importe quelle interposition, il faut examiner le côlon sigmoïde. Les cas présentés par des auteurs, en particulier ceux de notre Maître F. TRÉMOLIÈRES, où il n'y a pas de mégacôlon sigmoïde, ne sont pas considérés par lui comme de véritables interpositions hépatodiaphragmatiques.

La triade : ulcus, interposition de l'angle-côlique droit et mégacôlon, existent, d'après lui, toujours ensemble, et, fait original, cette triade est l'expression d'une constitution spéciale traduisant les troubles des organes abdominaux survenus pendant la vie embryonnaire.

Pour appuyer sa théorie congénitale, il rapporte, en 1933, l'observation d'un enfant de quatre ans, que voici :

« A l'examen radioscopique, on observe une bande claire qui se trouve sous la voûte droite du diaphragme prenant la place de l'ombre du foie qui est repoussé en bas et à gauche. La bande claire représente le côlon interposé entre le foie et le diaphragme.

L'estomac ne montre pas de déplacement pendant le premier examen. Plus tard, on constate une diminution de la capacité de l'évacuation. Ainsi, 8 heures après avoir ingéré 200 centimètres cubes d'une suspension de « Baryum », on en retrouve des traces dans le creux de l'estomac (d'habitude une telle quantité est évacuée après une heure et demie). En même temps, le côlon ascendant et la partie interposée de

l'angle cœlique droit sont déjà remplis. Le foie se trouvant en bas et à gauche comprime la partie pylorique de l'estomac et empêche son évacuation. Après 24 heures, le côlon est rempli jusqu'à l'ampoule rectale. On remarque un côlon sigmoïde long et mobile atteignant la limite supérieure du foie déplacé.

Ainsi, l'interposition du côlon et la présence du sigmoïde allongé est établie. En ce qui concerne le troisième élément de la triade, l'ulcus, on peut dire que ce symptôme se trouve en état *potentiel*, puisque la quantité énorme d'aliment retenu dans l'estomac et la compression de ses parois favorisent le développement de l'état ulcéreux. »

Pour répondre à cette théorie congénitale, nous pouvons dire que nos nouvelles observations confirment d'une façon absolue les points de vue de notre Maître F. TRÉMOLIÈRES. D'ailleurs, cet enfant n'a pas d'ulcère, et en attendant de voir, non une seule, mais plusieurs observations d'enfants, qui aient la triade signalée par PODKAMINSKY, nous ne pouvons conclure qu'en faveur de notre Maître.

Quant à USPENSKY, il distingue deux variétés principales de l'interposition du côlon : constante et variable.

En ce qui concerne la forme constante, USPENSKY énumère des causes telles que : adhérences pleuro-diaphragmatiques, maladie de Hirschsprung, etc. En réalité, aucune de ces causes n'est indispensable pour former l'interposition du côlon.

Il admet exactement *la même étiologie* que notre Maître, pour les cas variables.

Ainsi, l'association de ces deux facteurs : péricôlite d'origine variable, mais toujours située au niveau du foie, et distension côlique, est indispensable à la production de l'ectopie côlique. Les périviscérites adhésives sous-hépatiques sont fréquentes, et pourtant l'on ne constate l'interposition côlique que dans certains cas où le ventre est très ballonné. Rien de plus banal que le météorisme ; mais, le plus souvent, s'il soulève un peu le foie, quand il est très développé, il ne détermine *la sonorité angulaire pré-hépatique* que chez les malades atteints de périviscérite adhésive.

Peut-être, dans des cas exceptionnels de malformation hépatique, l'augmentation de la pression intra-côlique suffit-elle à provoquer l'interposition ; ainsi, dans l'observation de LETULLE, le côlon distendu se logeait-il, sans effort, dans l'espace laissé libre par l'atrophie d'un lobe hépatique ; mais quand le foie possède sa forme et son volume normaux, il faut, pour forcer le passage entre son bord antérieur et le diaphragme, l'accumulation des gaz dans un angle sous-hépatique bridé par la péricôlite.

En somme, pour provoquer l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon, deux facteurs sont nécessaires et suffisants : la péricôlite adhésive sous-hépatique et le météorisme intestinal ; ils associent leurs effets dans des proportions variables chez le

même sujet, selon les positions qu'il prend et les moments auxquels on l'examine. Sans doute aussi faut-il, pour que l'ectopie cœlique se produise, une laxité particulière du mésocôlon ascendant. Quant aux autres facteurs incriminés, tels que la modification de la pression thoracique, due à la pleurite chronique ou à l'emphysème, ils ne sont que contingents et d'importance minime.

La sonorité angulaire pré-hépatique est donc un signe certain des périviscérites adhésives abdominales. La périviscérite du carrefour supérieur ne provoque pas toujours la sonorité angulaire pré-hépatique, mais *il n'existe pas de sonorité angulaire pré-hépatique sans périviscérite du carrefour supérieur.*

D'après TARDIEU, sur 100 malades, il y a deux fois la sonorité angulaire pré-hépatique.

Nulle observation ne permet d'affirmer que cette ectopie cœlique, *révélée par la sonorité angulaire pré-hépatique* aussi bien que par la radioscopie, peut aboutir par elle-même à des accidents graves ; mais la péricôlite qui la conditionne peut occasionner des accidents d'occlusion aigus, subaigus ou chroniques.

*
* *

Lorsque la sonorité angulaire pré-hépatique existe, peut-on la faire disparaître par la thérapeutique ? Le problème revient à traiter l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon.

Ce traitement est celui de ses deux éléments pathogéniques : la péricôlite et le météorisme intestinal.

Dans ces cas d'ectopie côlique, le météorisme intestinal est dû soit à l'aérophagie, soit à la côleite ou aux fermentations hydrocarbonées. Son traitement est des plus simples. Des compresses chaudes sur l'abdomen, des antispasmodiques non paralysants, tels que le bromure de sodium et la valériane, contre l'élément névropathique, les ferments lactiques, les vaccins mixtes, le bismuth, le kaolin, le charbon animal, les mucilages, la solution alcalino-phosphatée, l'opothérapie digestive, un régime alimentaire subordonné aux résultats de l'examen coprologique, les cures à Châtel-Guyon et à Plombières, contre la côleite, la réduction des hydrates de carbone et les ferments qui facilitent leur digestion au cas de fermentations hydrocarbonées, constituent des moyens à la fois curatifs et préventifs.

Contre les adhérences péri-côlitiques, à moins que des accidents aigus obligent à recourir d'emblée à l'intervention chirurgicale, un traitement médical doit être essayé.

Son principal moyen est la physiothérapie : héliothérapie et rayons ultra-violets, particulièrement utiles quand la tuberculose entre en ligne de compte, rayons infra-rouges, qui calment bien la douleur, et surtout diathermie. D'après Gaston DURAND, dans 30 % des cas, la diathermie assure, par des applications suffisamment prolongées, une suppression stable et prolongée des douleurs abdomi-

nales ; dans 10 %, elle procure une sédation des douleurs permanentes ou paroxystiques, qui permet le retour à une vie active ; dans 60 % son échec est complet.

LOEPER a conseillé, en ce cas, les injections sous-cutanées de mésothorium qui, par une action analgésique sur les centres sensitifs, calmeraient les douleurs dues aux névrites, aux plexalgies graves qui accompagnent les périviscérites.

L'on peut recourir aussi aux injections intra-musculaires d'éther-éthyl-benzyl-cinnamique en solution huileuse (solution de Jacobson), en deux ou trois séries de douze injections quotidiennes séparées par des repos de quinze jours.

Le massage, qui ne doit être pratiqué que par une main très expérimentée, après la disparition de tout élément cœlitique surajouté, doit aider à l'action de ce médicament.

La gymnastique contribue aussi à obtenir le relâchement des adhérences ou des néoformations fibreuses (ROSENTHAL, BAUMANN).

La suppression du météorisme, aidée de ces traitements de la péricôlite, suffit souvent à faire disparaître l'interposition hépato-diaphragmatique côlique et son symptôme clinique, *la sonorité angulaire pré-hépatique*.

Ce n'est qu'après échec de ces diverses tentatives thérapeutiques, lorsque persistent les douleurs, s'aggrave l'état général et se répercutent les troubles sur tous les segments du tube digestif, solidaires les uns

des autres, que l'on doit intervenir chirurgicalement, après extinction des phénomènes aigus, sur les adhérences péri-entéro-côliques : leur dissociation, selon le plan de clivage ainsi que l'a préconisée G. LARDENNOIS, pratiquée après refroidissement des inflammations causales, et suivie d'applications de rayons infra-rouges et de diathermie, prévient d'ordinaire leur reconstitution.

CONCLUSIONS

I. — La percussion soigneuse du foie permet assez souvent de déceler, entre la ligne mamelonnaire et la région axillaire, une sonorité angulaire pré-hépatique à sommet supérieur tranchant sur la matité du reste de l'organe.

II. — Cette zone de sonorité angulaire pré-hépatique est due à l'interposition entre le foie et la paroi costale doublée du diaphragme, d'un segment cœlique, angle sous-hépatique le plus souvent, et, plus rarement, dolicho-sigmoïde refoulé jusqu'à l'hypocondre droit par l'aérocôlie générale, exceptionnellement *cæcum recurvatum*. Le tractus pyloro-duodénal peut être, dans de rares cas, interposé comme le côlon.

La sonorité angulaire pré-hépatique est le symptôme fidèle d'une périviscérite du carrefour supérieur, comme le prouvent l'étude des antécédents, l'examen radiologique et les constatations opératoires.

La péri-viscérîte sous-hépatique en est la condition nécessaire. Le météorisme intestinal s'y ajoute pour forcer le passage entre le foie et la paroi.

La sonorité angulaire pré-hépatique n'est pas une simple curiosité clinique. Elle possède une haute valeur sémiologique. Elle permet, à coup sûr, d'affirmer l'existence de la périviscérîte sous-hépatique. Elle peut suppléer à l'examen radiologique. Elle fournit au traitement une indication très importante.

VU : *le Président,*
CARNOT

VU : *le Doyen,*
TIFFENEAU

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AUBOURG. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie médicale de France*, 13 avril 1926.
- CHILAÏDITI. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie Médicale de France*, 13 décembre 1910.
- LETULLE. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie Médicale de France*, 12 novembre 1912.
- BONNAMOUR, BADOLLE, BEAUPÈRE. — *Journal de radiologie*, 1926.
- M.-P. WEIL. — *Annales de Médecine*, 1920.
- BONNAMOUR, COTTE, BADOLLE et DELORE. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 17 juin 1924.
- BARJON et DUPASQUIER. — *Lyon Médical*, 12 octobre 1913.
- LAURENT MOREAU. — *Archives d'électricité médicale*, septembre 1917.
- A. BÉCLÈRE. — *Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, mai 1899.
- LAURENT MOREAU. — *Progrès Médical*, 16 mars 1918.
- CHILAÏDITI. — *Progrès Médical*, 1910.
- HUGUET. — *Journal de Radiologie*, n° 9, 1923.
- SLOAN. — *Surgery, gynecology and obstetry*, 1920.
- HADENGUE. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie Médicale de France*, mai 1919.
- PODKAMINSKY. — *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, août 1927.
- BÉCLÈRE. — *Traité de Radiologie Médicale*, 1904.
- MEYER. — *Berl. Klin. Wochensch.*, 1904, 18/IV.
- WEINBERGER. — *Atlas den Radiographie*; Tbl. XX.
- COHN. — *3^e Kong. der D. R. G.*, S. 66.
- WEINBERGER. — *M. Kl.*, 1908, S. 584.
- PERUSSIA. — *La Riforma Medica*, 1916/3.
- BOIDI-TROTTI. — *B. Acad. di Med. di Torino*, janvier 1918.

BÜRGER. — *Klin. Wochensch.*, 1925, n° 3.

DILLENSEGER. — *Archives d'Electricité Médicale*, mai 1930.

ROBERT SOUPAULT. — Interposition inter-hépatodiaphragmatique du côlon. Diverticule du duodénum. Ulcus térébrant du duodénum. *Arch. des Mal. de l'App. digestif et des Maladies de la nutrition*, t. XX, n° 3, mars 1930.

VARHAN et SOCQET. — *Société Méd. des Hôp.*, 19 mars 1917.

TRÉMOLIÈRES et TARDIEU. — *Arch. des Mal. de l'App. dig.*, n° 10, déc. 1931.

GUILBERT et TARDIEU. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris*, n° 8. Séance du 23 avril 1932.

PODKAMINSKY. — *Arch. J. f. Klin. Chir. Berlin*, fasc. 2, 28/2/33.

Saint-Amand (Cher). — Imp. R. BUSSIÈRE. — 20-6-1938

